

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE

N°

417

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 30 Juin 1897, à 1 heure

PAR

Antonin POUSSIN

Né à Meslay-du-Maine le 20 juin 1873

Ancien interne de l'Hôtel-Dieu d'Angers

Lauréat de l'Ecole de médecine

Prix d'anatomie et de physiologie (1892-1893)

Prix de pathologie et de clinique externe (1893-1894)

Prix d'accouchement et de gynécologie (1895-1896)

DES HYGROMAS HÉMORRHAGIQUES CHRONIQUES

DE LA

BOURSE SÉREUSE PRÉROTULIENNE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. LANNELONGUE, professeur.

PEYROT et POIRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 30 Juin 1897, à 1 heure

PAR

Antonin POUSSIN

Né à Meslay-du-Maine le 20 juin 1873

Ancien interne de l'Hôtel-Dieu d'Angers

Lauréat de l'Ecole de médecine

Prix d'anatomie et de physiologie (1892-1893)

Prix de pathologie et de clinique externe (1893-1894)

Prix d'accouchement et de gynécologie (1895-1896)

DES HYGROMAS HÉMORRHAGIQUES CHRONIQUES

DE LA

BOURSE SÉREUSE PRÉROTULIENNE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. LANNELONGUE, professeur.

PEYROT et POIRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	FOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER.
dies de l'encéphale	RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques	BERGER.
Clinique des maladies nerveuses	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	PANAS.
Clinique ophthalmologique	GUYON
Clinique des maladies des voies urinaires	TARNIER.
Clinique d'accouchement	PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	HEIM.	SEBILÉAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	WALTER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WEISS.
DELBET.	NETTER.	WIDAL.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WURTZ.
GILBERT.	trav. anatomiques.	
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTERRER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MÈS CHERS PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE ANDRÉ

Externe des Hôpitaux

Interne à la Maison nationale Saint-Maurice de Charenton

A MES FRÈRES ET SŒURS

▲ MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, nous nous faisons un devoir d'adresser nos sincères remerciements à tous ceux qui nous ont aidé dans le cours de nos études médicales.

Qu'il nous soit tout d'abord permis de témoigner publiquement notre reconnaissance à nos parents, qui, malgré les charges d'une nombreuse famille, se sont imposés pour nous de durs sacrifices.

Nous n'oublierons jamais nos maîtres de l'Ecole de médecine d'Angers et les savantes leçons qu'ils nous ont enseignées. Nous voulons exprimer particulièrement notre gratitude à MM. Legludic, directeur de l'Ecole, Dezanneau, Feillé, Monprofit, Bahuaud et Thibault pour leur enseignement dont ils ont su si largement nous faire profiter.

Notre reconnaissance est également acquise à MM. Douet et Mâreau dont nous avons été l'interne.

Venu à Paris, nous avons toujours trouvé l'accueil le plus bienveillant près de M. Marchand, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Qu'il veuille bien nous permettre de lui adresser ici le respectueux hommage de notre vive reconnaissance.

Que ne pouvons nous faire participer notre frère aîné aux divers témoignages de notre gratitude ! lui qui nous initia aux premiers principes de l'auscultation. Nous voudrions du moins toujours lui garder un souvenir impérissable :

Que M. le professeur Tillaux veuille bien recevoir nos remerciements respectueux pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.



INTRODUCTION

Pendant notre temps d'internat à l'Hôtel-Dieu d'Angers, il nous fut donné d'observer dans le service de clinique chirurgicale, plusieurs cas d'hygromas chroniques sanguins de la bourse séreuse prérotulienne.

Deux d'entre eux éveillèrent surtout notre attention. Remarquables par leur grand développement et leur aspect multilobulé, ils nous ont paru s'écarter du type ordinaire de l'hygroma tel qu'il se présente généralement dans la région du genou.

Aussi, nous prîmes avec soin ces deux observations, et ce fut pour nous une véritable satisfaction de reproduire artificiellement et de conserver l'une des tumeurs traitée par la méthode de l'extirpation.

Parmi les ouvrages assez nombreux que nous avons parcourus, traitant cette question, nous n'avons relevé qu'un petit nombre d'observations d'hygromas chroniques prérotuliens d'un volume aussi considérable et d'une disposition aussi étrange. C'est pourquoi il nous a semblé intéressant de les reproduire ici avec détails et accompagnées de leur gravure.

Jointes à plusieurs autres, ces observations formeront la base de ce travail dans lequel nous nous proposons surtout d'étudier les hygromas chroniques sanguins de la bourse séreuse prérotulienne, c'est-à-dire ceux que l'on rencontre le plus souvent.

Après un court historique des hygromas en général, nous passerons en revue les causes particulières des vieux hygromas sanguins, leur constitution propre, leurs symptômes, et les modes de traitement qui leur sont le plus applicables. De plus, en étudiant l'anatomie pathologique de ces tumeurs, nous chercherons à établir leur analogie avec les hématoécèles de la séreuse vaginale.



Histoire

Les Anciens n'avaient que des connaissances bien restreintes sur la constitution des bourses séreuses ; on peut même ajouter qu'ils ignoraient complètement les rapports histologiques qui relient les bourses séreuses sous-cutanées et sous-aponévrotiques aux séreuses plus parfaites.

Aussi se servaient-ils de termes peu précis tels que kystes séreux, abcès enkystés, loupes, etc., pour désigner leurs affections. Dans sa thèse de concours traitant « De la contusion dans tous les organes », Velpeau s'exprime ainsi : « Les loupes du devant de la rotule sont, sinon toujours, du moins dans le plus grand nombre des cas, le résultat d'une contusion avec épanchement de sang dans la bourse muqueuse de cette région ». Sous ce terme de loupes, il est aisé de voir que Velpeau nous a donné la formation de cette tumeur connue généralement sous le nom d'hygroma sanguin.

D'ailleurs, nous devons ajouter que Velpeau, connaissait déjà d'une façon assez parfaite les rapports histologiques unissant les bourses séreuses sous-cutanées aux séreuses viscérales. Il dit, en effet, dans son même travail : « La tunique vaginale doit se comporter de la même manière que

les bourses muqueuses ou la cavités synoviales à l'égard du sang qui s'y épanche à la suite des contusions. Que le scrotum soit violemment froissé, et bientôt, il acquerra un volume énorme avec une couleur noir de charbon. Le plus souvent l'ecchymose se résout, et l'hématocèle finit par disparaître aussi ; mais il n'est pas rare non plus de voir persister une tumeur qu'on pourrait prendre pour une hydrocèle, et qui est passible de tous les genres de terminaison dont j'ai parlé en traitant des dépôts sanguins, de ceux en particulier de la bourse muqueuse du genou ».

Un peu avant Velpeau, Béclard avait employé le mot de bourses synoviales pour la première fois.

Plus tard, Virchow eut incontestablement le mérite de décrire d'une façon très nette le mécanisme de leur formation.

Aujourd'hui ces bourses sont considérées comme des cavités closes situées dans l'épaisseur du tissu cellulaire et destinées à favoriser le glissement de la peau.

Pour Chassaignac, Marc Sée et Farabeuf (thèse d'agrégation) elles sont dépourvues d'épithélium. Au contraire pour Cornil et Ranvier, leur surface interne est tapissée d'un épithélium qui lui forme un revêtement complet ou incomplet et dont les cellules ressemblent à celles qui sont observées autour des faisceaux du tissu conjonctif. Ce sont aussi les recherches de Cornil, Ranvier, et Recklinghausen qui ont fait connaître la très grande quantité de vaisseaux lymphatiques existant dans le tissu conjonctif qui forme la paroi des séreuses et leur curieuse disposition.

Ayant à parler surtout dans ce travail des hygromas de la bourse séreuse prérrotulienne, nous devons rappeler dans ce court historique, que, longtemps considérée comme sous-cutanée, cette bourse séreuse est reconnue aujourd'hui depuis les travaux de M. Tillaux comme étant sous aponévrotique (1). « Située en arrière de l'aponévrose d'enveloppe du genou, elle repose, nous dit cet auteur, directement sur la rotule recouverte elle-même de son périoste. Lorsqu'on la dissèque, on trouve une cavité parfaitement close, le plus souvent uniloculaire et à parois très distinctes, qui occupe les deux tiers inférieurs de la face antérieure de la rotule, n'atteint pas tout à fait le bord interne de cet os et dépasse assez souvent un peu les limites de son bord externe ; son diamètre est généralement vertical ; quelquefois traversé par une ou deux veinules qui se rendent aux veines sous-cutanées. »

(1) Anatomie topographique. Tillaux.



Etiologie et Pathogénie

De même que l'hygroma chronique séreux dont il n'est souvent même que la suite plus ou moins éloignée, l'hygroma hémorrhagique prérotulien peut naître lentement et en quelque sorte à l'insu du malade. Il est alors généralement le résultat d'une pression habituelle exercée sur cette bourse séreuse du devant du genou. On l'observe surtout chez les personnes qui ont l'habitude de se tenir fréquemment à genoux, chez les parqueteurs, les maçons, les couvreurs, les religieux, toutefois moins souvent encore que chez les cordonniers. Dans un travail récent⁽¹⁾, on a fait remarquer, il est vrai, que l'hygroma pré tibial était observé plus communément que l'hygroma prérotulien chez les personnes contraintes de se mettre souvent à genoux.

L'auteur cherche à le démontrer en s'exprimant ainsi : « Dans la position à genou, le corps repose surtout sur la tubérosité antérieure du tibia et le tendon rotulien ; la pointe de la rotule effleure bien le sol, mais elle ne supporte qu'une faible pression et cela surtout, lorsque dans cette position on porte le poids du corps en avant ; pour peu que le corps soit incliné en arrière comme cela existe

(1) Thèse de Perrichon, 1896.

dans l'attitude habituelle, la rotule n'a guère à supporter de pression. »

L'existence fréquente de l'hygroma hémorrhagique chez le cordonnier s'explique au contraire facilement sous l'influence des chocs répétés du marteau frappant sur la rotule elle-même.

La forme de la tumeur est en général arrondie ; quelquefois elle est irrégulière, à surface inégale, lorsque la bourse séreuse elle-même est irrégulière, cloisonnée. Il n'est pas rare qu'elle présente des diverticulums formant autant de tumeurs juxtaposées à la tumeur principale. Nous en avons rapporté plusieurs exemples dans nos observations. L'observation n° 2 en offre un des plus remarquables.

Le volume est lui-même des plus variables : depuis celui d'une petite noix, jusqu'à celui d'une tête d'adulte. Remarquons dès maintenant que les hygromas les plus volumineux observés jusqu'à ce jour, ont été des hygromas chroniques sanguins de la bourse séreuse prérotulienne.

Les observations que nous avons rapportées à la suite de ce travail sont surtout curieuses à ce point de vue.

Il est un fait certain, que les autres endroits qui sont le siège assez fréquent des hygromas n'en ont jamais présenté d'aussi volumineux. Les hygromas de la bourse séreuse olécrânienne, en particulier, ont rarement dépassé le volume d'une orange.

On peut admettre que la plupart de ces vieux hygro-

mas sanguins prérotuliens sont le résultat de la transformation d'un hygroma séreux, à la suite d'un coup ou d'une pression portant sur cette région. (1) « Sous l'influence de la contusion, la bourse distendue par l'humeur qu'elle renferme, éclate ; une partie du liquide s'infiltré dans le tissu cellulaire, les vaisseaux rompus donnent lieu à une hémorrhagie, et le sang s'épanche dans la cavité séreuse, où il se mélange au liquide restant. »

Il peut arriver également que l'hygroma hémorrhagique se forme spontanément et que dans ce dernier cas, il résulte du processus même de l'inflammation chronique, on a là une sorte de pachysynovite hémorrhagique.

(1) Dictionnaire de Dechambres, p. 489.



Anatomie Pathologique

Notre but est d'exposer dans ce chapitre :

La structure de la poche elle-même et la nature de son contenu ;

Ses rapports possibles avec les organes voisins ;

Ses diverses transformations.

C'est dans cette variété d'hygroma chronique que l'on observe le plus souvent un épaissement considérable de la paroi pouvant varier de quelques millimètres à deux centimètres.

Le Dran rapporte un exemple où la paroi avait acquis une épaisseur de 12 millimètres.

L'hygroma sanguin opéré par M. Morestin et qui est exposé au musée Dupuytren atteint un demi centimètre environ d'épaisseur. Dans notre observation (n° 1) la paroi avait plus d'un centimètre en certains endroits. L'épaisseur n'est généralement pas égale en tous les points de la poche, et souvent même la minceur de la paroi atteint un tel degré, qu'il est impossible de la bien décortiquer sans éviter l'effusion du liquide intérieur.

Les divers examens histologiques qui ont pu être pratiqués, en ont toujours donné une structure sensiblement

égale dans tous les cas ; c'est-à-dire une épaisse couche de tissu conjonctif fibrillaire, infiltré tantôt de cellules cartilagineuses, tantôt de plaques ou de noyaux calcifiés : au-dessous d'elle, des bourgeons de cellules embryonnaires (1) ayant à leur centre des capillaires de nouvelle formation et çà et là des petits foyers hémorrhagiques.

Au lieu de rester lisse, comme dans les cas d'hydropisie simple, la paroi interne prend un aspect rugueux, tomenteux et se double à l'intérieur d'une couche grisâtre, pseudo-membraneuse, d'une véritable membrane pyogénique.

L'aspect intérieur de la poche est des plus variables, tantôt végétant, tantôt simplement épaissi et fibreux, suivant alors des dispositions variables.

La paroi interne de l'obs. n° 1 nous offrait un bel exemple de surfaces végétantes.

Les végétations, atteignant quelques-unes le volume d'une grosse cerise, se présentaient sous l'aspect de masses verruqueuses ; entre elles, çà et là, étaient appendus à la paroi des caillots fibrineux, qu'il était facile à première vue, de distinguer des premières ; de plus, tandis que les caillots se laissaient facilement décoller sous l'influence de la moindre pression, une certaine traction était nécessaire pour obtenir l'arrachement des végétations.

Dans d'autres cas, la paroi interne offre de véritables cordons fibreux, réunis entre eux par des tractus, rappelant un peu l'aspect des vessies à colonne. L'intervalle des

(1) Bulletin de la Société anatomique. (Janvier-Février) p. 150.

nombreux replis est occupé par des caillots à divers degrés d'organisation.

L'aspect du liquide contenu dans ces vieux hygromas hémorrhagiques est loin d'être celui du sang normal. Le plus souvent, il forme une matière analogue à une bouillie brunâtre ou de couleur chocolat, plus ou moins épaisse. « D'ailleurs (1) dans ces tumeurs, le sang subit les modifications analogues à celles des foyers sanguins en général. Le coagulum se décolore peu à peu, très lentement, de la circonférence vers le centre, à la manière des corps jaunes des ovaires, etc., la sérosité disparaît peu à peu, ainsi que la matière colorante, et il finit par rester un noyau compact, adhérent, formé par de la fibrine et par des globules du sang en partie décolorés, parsemés de cristaux d'hématine. Au centre, le caillot peut rester noir, pulpeux, ramolli. C'est dans ces conditions, dit M. Kœberlé, que j'ai observé une tumeur sanguine de la bourse prérotulienne, chez un malade qui était tombé de son lit sur le genou quelques jours avant sa mort, et chez lequel l'épanchement sanguin n'avait donné lieu à aucune réaction locale. Lorsque la tumeur a été malaxée, le caillot sanguin se réduit en fragments qui nagent dans la sérosité albumineuse, qui prend une coloration plus ou moins foncée, tandis que les fragments des caillots se décolorent de même de leur surface vers leur centre.

D'autre fois le liquide prédomine et tient en suspension des concrétions fibrineuses compactes ou floconneuses.

(1) Dictionnaire Dechambres, p. 489.
Poussin

ses. Enfin on y rencontre parfois une matière grummeuse grisâtre, formée, ainsi que les dépôts précédents, par du sang et de la fibrine mélangés à du pus, à divers états de transformation. »

De même que dans les kystes synoviaux, on a pu trouver en effet dans les hygromas hématiques quelques petits corps étrangers analogues aux grains riziformes ; et d'ailleurs, d'après les nombreuses observations ayant trait à la question, on doit reconnaître qu'on les y a plus souvent rencontrés que dans la variété séreuse. Beaucoup d'avis différents ont été donnés sur leur structure intime.

Velpeau a toujours soutenu qu'ils étaient formés par de la fibrine. (Clinique de la Charité 1^{er} mars 1856). Depuis on les a considérés comme étant des produits d'exsudation plastique développés sur les parois de la tumeur, (Legouest, thèse d'agrégation 1857). Rokitanski, (Anatom. pathol., t. I, p. 335, Vienne 1844) leur a attribué une structure fibroïde. On doit cependant reconnaître que dans la variété hémorrhagique, les produits qui jouent le rôle de corps étrangers sont presque toujours constitués par de la fibrine, résultant de la transformation d'un caillot sanguin.

Que peut devenir ce liquide épanché dans une poche dont les parois sont généralement assez épaisses ?

Ici il n'est plus possible d'en espérer la résolution comme dans le cas d'hygroma de cause récente, et cela en raison de la formation de caillots sanguins parfois volumineux. On observe plus fréquemment la rupture de la

poche. Elle peut être produite par l'accumulation du liquide qui arrive à la distendre outre mesure, ou bien sous l'influence d'un coup ou d'une chute. Le liquide se répand alors soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans la gaine d'un muscle voisin, comme nous l'avons rapporté dans notre observation n° 2, où nous le voyons occuper toute l'étendue de la gaine du muscle couturier, soit encore dans une bourse séreuse voisine, comme la bourse séreuse prétiibiale, soit enfin dans l'articulation du genou, cas fort heureusement très rare.

Ces poches volumineuses sans doute peuvent s'enflammer et devenir purulentes ; on obtient alors un véritable abcès enkysté, dont la longue supuration amène un épuisement considérable des forces du malade.

Toutefois, d'après les nombreuses observations d'hygromas chroniques sanguins, qui ont été rapportées, il semble que ces grosses tumeurs offrent plus d'opposition à l'inflammation que beaucoup d'autres d'un volume moindre. La raison doit en être attribuée sans doute en partie à l'épaisseur considérable de la poche, suffisante pour amortir les chocs extérieurs.

Nous ne voulons pas quitter ce court chapitre d'anatomie pathologique, sans établir quelques rapports entre l'hygroma sanguin et l'hématocèle vaginale ; ainsi que l'on a souvent rapproché l'hygroma séreux de l'hydrocèle vaginale. La comparaison peut être faite encore plus facilement par suite de l'existence presque constante d'une

couche solide à la surface interne de la paroi (1) : « La relation entre cette néo-membrane et la coloration du liquide paraît d'ailleurs être la même que dans l'hématocèle de la tunique vaginale. Cette couche très vasculaire préexiste à l'épanchement sanguin et devient le siège d'hémorragies capillaires favorisées par sa constitution anatomique et se produisant sous les moindres influences. Cette fausse membrane est constituée par du tissu embryonnaire, des vaisseaux de nouvelle formation et des couches intermédiaires de fibrine. Or, ces vaisseaux fragiles et décrivant des anses mal soutenues au milieu du tissu nouveau qui les enveloppe, se rompent sous un faible effort et laissent facilement échapper leur contenu. Ils sont analogues aux néo-formations vasculaires que Rindfleisch a indiquées au sein même de l'exsudat dans les inflammations hémorragiques des grandes séreuses. Le sang épanché se coagule et subit la série des transformations régressives ordinaires, disparition des globules, mise en liberté de l'hémoglobine, formation des cristaux d'hématoïdine et de granulations d'hémaïne. »

De même que dans l'hygroma hématique, nous retrouvons en effet dans l'hématocèle vaginale, une néo-membrane identique comme structure, un contenu sanguin susceptible de subir les mêmes altérations, une même disposition générale de la poche, une épaisseur souvent aussi considérable de la paroi, mais présentant également

(1) Range, thèse 1877.

à l'intérieur, tantôt des végétations pédiculisées, tantôt de longs cordons fibreux épaissis, réunis par des tractus de même nature. Pourquoi même n'ajouterions nous pas de suite que les deux affections reconnaissent souvent le même traitement qui est l'extirpation.



Symptômes et diagnostic de l'Hygroma prérotulien chronique sanguin

Les considérations anatomo-pathologiques précédentes vont nous permettre d'être bref sur ce nouveau chapitre.

Dans tous les cas que nous avons observés, nous n'avons remarqué, malgré le grand développement des tumeurs que peu ou pas de gêne des mouvements; souvent une coloration violacée des téguments, que nous ferions volontiers assez spéciale et caractéristique de la variété hématique, l'hygroma séreux étant protégé toujours par des téguments très épaissis sans doute mais à coloration normale.

La palpation peut dans certains cas ne pas donner une fluctuation très nette; cela dépendra d'ailleurs toujours de la quantité plus ou moins grande de sérum non résorbée. Il est évident que si la poche est comblée par un gros caillot fibrineux, comme on a pu en rencontrer quelquefois, la pression de la tumeur, montrera qu'elle est au contraire d'une résistance ferme. Avouons cependant que ce n'est pas là, la forme constatée le plus souvent, car presque toujours le contenu étant formé par une bouillie épaisse, noirâtre, ôcreuse, on éprouve plutôt sous la main la sensation d'une fluctation douteuse. Fréquem-

ment aussi, on trouve une véritable crépitation amylacée reconnaissant pour cause, soit le choc constant des caillots fibrineux, les uns contre les autres, ou bien leur frottement contre les parois, ou bien leur passage forcé à travers un orifice rétréci.

La constatation de la libre communication entre plusieurs poches se fera au moyen de pressions alternatives exercées sur chacune d'elles.

C'est certainement au genou que l'on a remarqué le plus souvent la disposition multilobulée des tumeurs ; elle trouve en partie son explication dans le grand nombre de bourses séreuses développées dans cette région, avoisinant la bourse séreuse prérotulienne. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir cette dernière communiquer soit avec la bourse prétiibiale, soit avec la bourse séreuse de Padieu, qui occupe l'angle supéro-externe de la rotule.

Comme nous l'avons déjà dit, il est assez rare que l'hygroma hématique chronique s'enflamme, à moins qu'il ne subisse une forte contusion ; alors la tumeur devient douloureuse, chaude, les téguments voisins sont rouges, œdématiés ; la température s'élève, indice certain de la suppuration. Ces cas présentent d'ailleurs les mêmes indications que les hygromas sanguins non enflammés.

On arrivera assez facilement à reconnaître le siège exact de l'hygroma sanguin, en observant que le prérotulien et le prétiibial sont toujours assez superficiels, et qu'ils se distinguent l'un de l'autre, en ce que le premier répond à la partie antéro-inférieure de la rotule, le second

à la tubérosité antérieure du tibia et à l'extrémité inférieure du tendon rotulien qui s'y fixe.

L'erreur sera moins permise encore si l'on a affaire à des hygromas sous-quadricipitaux et sous-rotuliens, car ils sont beaucoup plus profonds.

De plus l'hygroma sous-rotulien se reconnaît toujours facilement aux particularités suivantes : (1)

1° Il soulève au repos le tendon rotulien.

2° Il est fixé par la tension de ce ligament.

3° Dans la flexion de la jambe, le tendon rotulien aplattit la tumeur sur la ligne médiane, et lui fait prendre un aspect bilobé, le liquide repassant de chaque côté du ligament, là où les parties molles sont le moins résistantes.

La constatation de la non transparence de la tumeur peut, jusqu'à un certain point, plaider en faveur d'un hygroma hémorragique ; toutefois on ne doit attacher à ce signe qu'une valeur assez médiocre, en songeant à l'épaisseur souvent énorme des parois de la poche.

On aura tout lieu de croire à un hygroma hémorragique, lorsque la poche étant ouverte, elle donnera passage à un liquide rouge brun. Continuant le rapprochement que nous avons établi avec l'hématocèle vaginale, nous pouvons dire avec Velpeau (2) à propos de l'hygroma sanguin que : « partout où il est dit que la matière contenue dans le kyste était colorée en rouge, en brun, en roux, d'une consistance de miel, de bouillie, de chocolat,

(1) Thèse de Perrichon, 1896, p. 33.

(2) Velpeau. Leçons orales de clinique chirurgicale. T. II, p. 392.

de lie de vin, on peut être sûr qu'il s'agit d'une hémato-cèle. Il en est de même des exemples où le liquide, quoique réellement fluide et simplement jaunâtre, se rencontre en faible quantité dans la coque vaginale épaissie, comme fibro cartilagineuse, et formée de plaques cartilagineuses superposées.»

L'examen histologique du contenu sera, il est certain, plus encore démonstratif.



Traitement

Dans ce chapitre, nous nous bornerons à donner avec leurs indications propres les deux modes de traitement dont puisse réellement bénéficier un vieil hygroma hémorrhagique à parois épaisses, et qui sont : 1° les incisions avec drainage et injections antiseptiques ; 2° la méthode de l'extirpation complète.

Nous ne citerons que pour mémoire, les topiques, mode de traitement très en vogue au commencement du siècle ; l'écrasement, pratiqué par les anciens, soit en frappant un fort coup de maillet sur la tumeur soit en la serrant dans un étau garni de flanelle ; c'était là, à n'en pas douter, un moyen plus que suffisant pour transformer un hygroma séreux en hygroma hématique, surtout lorsque les parois étaient épaisses, et qu'il n'y avait pas lieu d'espérer la guérison par la rupture provoquée.

Citons encore les injections irritantes, le séton, préconisé surtout par Monro et Ch. Bell, le simple drainage dû à Chassaignac, la cautérisation potentielle, appliquée pour la première fois par Le Dran et vulgarisée par Bonnet de Lyon, l'ouverture de la poche et la modification des parois au thermo-cautère (1) pratiquée par Daniel Molière

(1) Thèse de Raugel, 1877.

de Lyon, les ponctions-sous-cutanées très employées jadis par Lèveillé et Boyer, enfin la compression simple.

Disons de suite, que la plupart de ces traitements seraient sinon nuisibles, du moins insuffisants dans le cas d'hygromas hémorrhagiques chroniques.

1° *Incisions avec drainage.* — Dans le procédé de l'incision simple conseillée autrefois par Syme et Stanley, le but que l'on se proposait d'atteindre, était, après avoir largement ouvert la poche et mis au jour sa surface interne, d'y déterminer une inflammation capable de faire adhérer les parois. On se contentait alors d'une grande incision longitudinale ou cruciale. Il en résultait souvent que la cavité restait béante, par suite du défaut d'élasticité des tissus et faisait suivant l'expression de Chassaignac (1) « la coque de carton ». Par là même, la suppuration y restait stagnante, et les détritüs du contenu s'accumulaient dans son intérieur.

Velpeau (2) conseillait des incisions multiples « une au-dessus, une autre au-dessous et deux de chaque côté, très rapprochées de la circonférence du sac, de façon à le bien vider. »

Le véritable traitement de l'incision avec drainage, indiqué par Wolkman, fut surtout perfectionné par Gras. Ce dernier nous en a donné lui-même une excellente description : « Les téguments, dit-il, sont préalablement nettoyés avec de l'eau savonneuse et une solution phéni-

(1) Chassaignac. Dictionnaire encyclopédique.

(2) Velpeau. — Clinique chirurgicale.

quée. Sur les contours de la poche volumineuse de l'hygroma, on fait deux incisions, l'une à la partie supérieure, l'autre à la partie la plus déclive de la tumeur. Le bistouri ne pénètre pas immédiatement jusque dans la cavité de l'hygroma, mais entame seulement les téguments ; de cette façon, les incisions cutanées sont nettes, et non à bords déchiquetés comme elles le seraient infailliblement si l'on ouvrait du premier coup la tumeur ; car le liquide s'écoulant aussitôt, la peau n'étant plus distendue, fuirait sous l'instrument tranchant.

« Une fois les téguments incisés, on ouvre la coque, et l'on peut alors, avec une curette de Volkmann ou une rugine gratter la cavité de façon à enlever les cloisons, les caillots et les concrétions qu'elle contient. »

On peut alors après avoir introduit un drain dans chacune des incisions pousser des injections soit d'eau phéniquée ou boriquée, soit une solution de chlorure de zinc.

Ainsi pratiqué, ce traitement ne tarde pas à être suivi du recollement des parois, but à atteindre. Il nous a donné un sérieux résultat chez cet homme dont nous avons publié l'observation (n° II). Nous pouvons attester de plus qu'il n'entraîne pas forcément à la suppuration de la poche.

Il nous semble assez indiqué, dans les hygromas hémorrhagiques chroniques toutes les fois que, comme dans le cas précité, le liquide sanguin ayant trouvé issue, s'est répandu dans le tissu cellulaire environnant, dans les gai-

nes musculaires et aponévrotiques, en formant à leurs dépens de vastes décollements. Dans ces cas, en effet, on ne saurait détruire en entier par l'extirpation ou même le grattage la néomembrane riche en vaisseaux, aux dépens de laquelle s'est formé l'hygroma hémorrhagique. Ce serait produire un trop grand traumatisme non en rapport avec la bénignité relative de l'affection.

Sans doute, il serait aisé d'enlever complètement toute la partie très épaissie de la poche, la plus vieille en date ; ce serait, au contraire, une certaine difficulté que d'en enlever intégralement tous les prolongements.

2° *Extirpation.* — C'est la méthode par excellence du vieil hygroma, quelqu'en soit le volume pourvu que sa paroi suffisamment épaisse, soit susceptible d'être énuclée par voie simple de décollement.

Deux procédés permettent d'arriver au même but, soit qu'on enlève le kyste tout entier, soit qu'on extirpe la poche après l'avoir incisée et vidée.

Souvent, malheureusement, on n'aura pas le choix, l'indication du moyen à employer étant commandée par l'épaisseur plus ou moins grande de la poche, s'opposant ou non à l'effusion du liquide pendant la décortication de la tumeur.

Il va de soi que l'opération est d'autant plus simple que l'hygroma reste intact jusqu'à la fin de l'énucléation. Ses diverticulums, formés aux dépens de la bourse prérotulienne et qui peuvent aller se loger comme nous l'avons

vu (observation 1) jusque dans le creux poplité, n'échapperont certainement pas alors à la dissection.

Il est vrai, que dans le cas de vacuité prématurée de la tumeur, il resterait comme ressource à employer le procédé de M. Pozzi communiqué à la Société de chirurgie dans la séance du 6 novembre 1878 et qui consiste à remplacer le liquide par une injection de blanc de baleine fondu au bain marie à la température de 45° et à attendre son refroidissement jusqu'à consistance solide.

Sans doute, la méthode d'extirpation des hygromas chroniques est appliquée depuis longtemps, mais que de méfaits nombreux elle pouvait compter avant l'apparition de l'antisepsie. Employée couramment aujourd'hui, on peut affirmer qu'elle est toujours suivie de succès.

En terminant, nous voulons revenir encore sur la ressemblance de l'hygroma chronique sanguin et de l'hématocèle vaginale, et faire remarquer qu'ils admettent l'un et l'autre les deux modes de traitement précités.

Toutefois pour M. Valette leur assimilation ne saurait être complète; c'est ainsi qu'il rejette complètement les injections iodées dans le cas d'hygromas hématiques, applicables seulement aux hygromas séreux (1). Il s'exprime lui-même ainsi : « Lorsque, dit-il, les parois du kyste présentent des altérations, lorsque le liquide est trouble et surtout que des concrétions fibrineuses existent, il y a contre-indication absolue à l'emploi de cette méthode; l'injection iodée serait alors non-seulement

(1). Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, p. 34.

impuissante mais dangereuse. Tandis que les tuniques scrotales se prêtent à la dilatation inflammatoire qui succède toujours à l'injection, les tissus fibreux denses et inextensibles qui entourent l'hygroma viennent, au contraire, brider la tumeur et s'opposer à sa libre expansion. »



OBSERVATIONS

Observation I

(Personnelle et inédite)

Le nommé S..., 57 ans, cordonnier, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers, salle St-Luc, n° 7, le 9 janvier 1896.

Antécédents héréditaires. — Nous n'y avons relevé aucun renseignement sérieux pouvant nous être de quelque utilité.

Antécédents personnels. — Chétif pendant sa jeunesse et une grande partie de son adolescence, le malade ne contracta néanmoins de maladie grave qu'à l'âge de 25 ans, époque à laquelle il eut une fièvre typhoïde. Celle-ci d'ailleurs, dut être assez bénigne, elle eut une durée de trois semaines environ.

Quelques années plus tard, commençait à apparaître une tumeur du genou gauche, cause de l'entrée du malade à l'hôpital et sur le développement de laquelle il nous donna les renseignements suivants :

C'est à l'âge de 33 ans, nous dit-il, qu'il s'en aperçut pour la première fois et comme par hasard. Déjà, elle atteignait la grosseur d'un œuf de poule, et siégeait exactement au devant du genou gauche. Complètement indolente, elle n'offrait au malade aucune

gêne sérieuse soit pour la marche soit pour le libre exercice de son métier.

Sur le conseil de quelqu'un, il y fit plusieurs applications d'herbes fraîches, remède qui n'eut d'autre résultat que celui d'amener une inflammation de la peau de la région.

Il y a deux ans, en voulant franchir une barrière, il eut le genou engagé entre deux barreaux, et ce n'est qu'avec la plus grande peine qu'il parvint à l'en dégager. A la suite de cet accident, la tumeur acquit un développement presque double, suivi de l'apparition de trois autres grosseurs à la partie supéro-externe de l'articulation.

Le médecin de l'endroit, consulté seulement à ce moment tenta d'abord une forte compression, puis n'obtenant pas grand résultat, il fit une ponction. Il sortit environ un demi-litre d'un liquide noirâtre couleur chocolat, dans lequel surnageaient quelques grumeaux. Celui-ci d'ailleurs, ne tarda pas à se reproduire et le médecin persuada alors le malade qu'il lui faudrait subir une opération pour obtenir une guérison complète.

Mais on resta longtemps avant de se rendre à cette décision, jusqu'au jour où effrayé du développement continuel de le gros-seur, le malade résolut enfin de venir à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

Etat actuel. — Au devant du genou gauche, nous constatons une tumeur énorme, sphérique, atteignant le volume d'une tête d'adulte. La peau qui la recouvre est très amincie, luisante, non transparente, très tendue, violacée en certains endroits et paraissant prête à se rompre. Elle est surmontée de trois autres tumeurs, celles-ci ovoïdes, du volume d'un œuf de dinde, recouvertes d'une peau très blanche et occupant en étendue tout le tiers inféro-externe de la cuisse gauche. Un dernier diverticulum,

gros comme une noix, paraît comme suspendu à la partie inférieure de la tumeur principale.

La mensuration du pourtour de cette dernière donne 52 centimètres ; cette mesure, comparée par curiosité au tour de tête du malade, n'en diffère que de trois centimètres.

La palpation est non douloureuse, et de quelque façon qu'elle



I. — Aspect général

soit exercée, elle nous donne partout une fluctuation des plus évidentes ; la pression de la grosse tumeur amène une augmentation de volume des trois autres culs-de-sac et réciproquement. Nous en concluons qu'il existe une libre communication entre toutes les poches.

A noter particulièrement une crépitation amylacée sentie sous le doigt en déprimant les petites tumeurs.

Les mouvements de l'articulation s'exécutent normalement, sans douleurs ; la flexion est presque complète et le malade peut marcher ; il n'est d'ailleurs gêné, nous dit-il, que pour se mettre

à genoux, encore faut-il le faire en déplaçant un peu sa tumeur sur le côté externe du genou.

Toute affection de l'articulation est éliminée, et le diagnostic d'hygroma chronique avec rupture de la poche à un certain moment est basé sur les caractères suivants : l'existence depuis trente ans d'une tumeur située au devant de la rotule et la présence au moment de l'examen de trois autres culs-de-sac situés au-dessus d'elle, se vidant par la pression et se remplissant quand on comprime la tumeur principale.

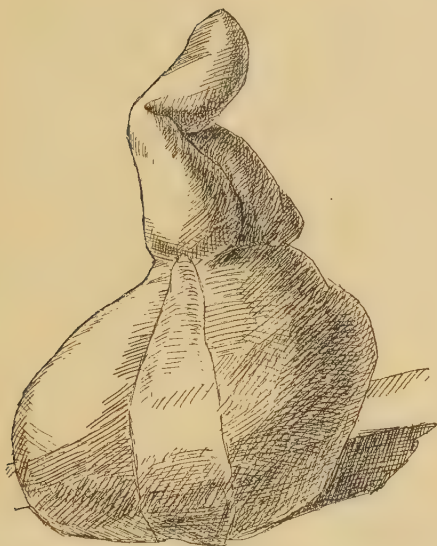
Opération le 11 janvier.

Chloroformisation du malade. Les téguments sont nettoyés avec soin, à l'eau savonneuse, à l'alcool et au sublimé. Le champ opératoire étant fait, on pratique suivant le plus grand axe des tumeurs en dehors de la ligne médiane, une double incision comprenant dans son écartement un segment de peau ovoïde de 15 centimètres de longueur. On dissèque soigneusement les téguments dans le but de ne pas ouvrir la poche : malheureusement, à la partie inférieure de la tumeur principale, la minceur de la peau de la paroi est telle que la poche se rompt subitement, livrant passage à un jet de liquide assez épais, couleur chocolat, mêlé de quelques petits corps blanchâtres.

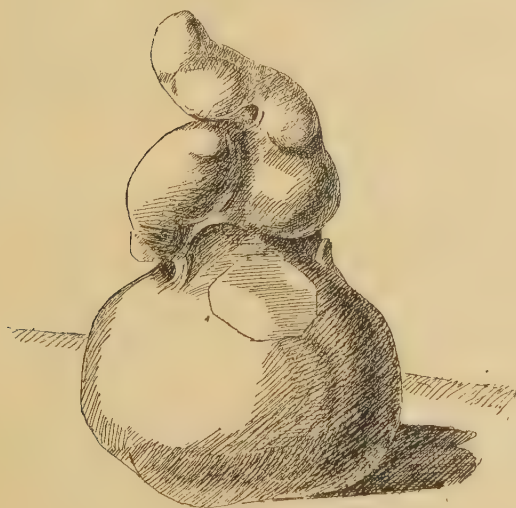
Nous en recueillons près de deux litres et demi. La dissection étant reprise, on énuclie complètement la bourse séreuse extrêmement épaissie en certains endroits, mais non infiltrée de substances calcaires.

Notons en passant que la bourse offrait un prolongement s'irradiant jusque dans le creux poplité et dont la dissection fut particulièrement pénible.

Les lèvres de l'incision sont réunies par des points de su-



II. — Face antéro-externe



III. — Face postérieure

ture ; la cavité est drainée et on applique un pansement antiseptique à l'iodoforme, gaze, etc.

Les suites de l'opération furent des plus simples. La température ne dépassa jamais 37° 8. Le pansement fut renouvelé à peu près tous les quatre jours. On diminua le drain à chaque fois. Au bout de douze jours, on pouvait l'enlever ainsi que tous les fils de la partie supérieure de la ligne d'incision. Le travail de cicatrisation de toute la partie inférieure fut beaucoup plus lent par suite du sphacèle d'une portion des téguments.

Toutefois, le 1^{er} février, le malade pouvait retourner chez lui, quittant l'Hôtel-Dieu dans les meilleures conditions. Quinze jours après son départ, nous apprenions qu'il avait repris son travail.

Observation 2

(Personnelle)

Le nommé G... Julien, âgé de 70 ans, marinier, entre le 14 février 1896, à l'Hôtel-Dieu d'Angers, salle Saint-Eugène.

Pas d'antécédents morbides.

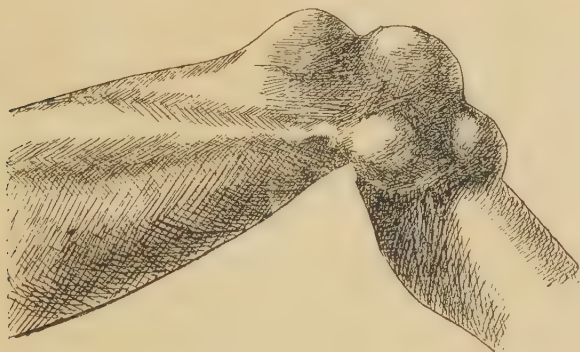
L'affection qui amène le malade à l'hôpital a débuté à l'âge de 30 ans par des douleurs au devant de la rotule. La marche n'était pas gênée et les mouvements de flexion et d'extension étaient faciles.

Quelques jours après l'apparition de ces douleurs, le malade s'est aperçu de la présence d'une tumeur au devant du genou gauche, non douloureuse alors et grosse comme une noix. Cette

tumeur augmenta sans cesse de volume et vers l'âge de 55 ans, il en survint une autre à la partie interne de l'articulation à l'occasion d'une chute brusque faite sur les genoux.

Eprouvant depuis un ou deux mois des douleurs assez aigües dans l'articulation et devant le développement incessant des tumeurs le malade se décide à venir se faire soigner à l'Hôtel-Dieu.

Etat actuel. — Sur la partie antérieure du genou gauche, on constate trois tumeurs, l'une située exactement au devant de la rotule ayant le volume du poing, les deux autres placées, l'une



IV. — Aspect général

au-dessus, l'autre au-dessous, mesurant 9 centimètres suivant leur plus grand axe. La peau qui les recouvre, mobile sur elles, offre une coloration normale, mais elle est extrêmement terdue; on n'y remarque aucune trace d'inflammation. La pression n'y est pas douloureuse. On observe une fluctuation des plus nettes; le flot se transmettant d'une poche à l'autre en donnant sous la main une crépitation amy lacée.

Après avoir déprimé la tumeur centrale, le doigt arrive au

contact de la rotule que l'on sent très rugueuse. D'autre part, la force interne de la cuisse offre un long boyau sinueux se terminant à la partie inférieure par un renflement. Ce boyau commence à trois travers de doigt au-dessous du pli de l'aîne et s'étend du côté de la jambe jusqu'au niveau de la tumeur préarticulaire la plus inférieure. Il représente assez exactement le trajet du muscle couturier. Cette longue poche est partout fluctuante, mais nous parvenons à nous assurer complètement que son liquide n'est pas en rapport avec celui des trois autres tumeurs médianes. Au dire du malade, elle se serait développée de bas en haut.

L'état général est peu satisfaisant : le malade est amaigri, mais ne présente aucune maladie constitutionnelle bien manifeste.

Opération. — Le 15 février, les téguments sont nettoyés à l'eau savonneuse, à l'alcool et au biiodure de mercure. Deux incisions de trois à quatre centimètres chacune sont pratiquées l'une en haut, l'autre à la partie inférieure de la longue poche interne. Il s'écoule environ 700 gr. d'un liquide épais, couleur chocolat mêlé de quelques caillots fibrineux. On pratique de suite un grand drainage dans toute la poche et l'on fait une première injection avec une solution d'éther iodoformé. Les jours suivants, on fait un grand lavage avec une solution mixte d'eau boriquée et phéniquée.

20 février. — Les premiers drains sont enlevés et remplacés par deux autres de calibre moindre. L'écoulement est déjà fortement modifié, le liquide injecté est rendu plus clair et l'on peut déjà constater un commencement de recollement dans la partie moyenne de la poche.

Cette première opération confirmant le diagnostic avait permis de constater qu'il n'existait réellement aucune communication avec la triple tumeur médiane.

Le 25 février, le malade étant dans de bonnes conditions, on procède à l'ouverture des 3 tumeurs sus-articulaires, en pratiquant une incision à chacune des deux extrémités.

Il s'écoula environ 400 grammes d'un liquide présentant à première vue des caractères identiques à celui de l'autre poche.

Après avoir fait un drainage et un grand lavage de la cavité à l'eau boriquée, on y injecta une solution de chlorure de zinc à 10 0/0.

Le lendemain et jours suivants, le traitement consiste en injection mixte d'eau boriquée et phéniquée, et toute la cuisse est entourée d'un bandage compressif.

Le travail de recollement de cette triple tumeur semble se faire plus lentement que celui de la poche interne qui, le 3 mars, paraît suffisamment achevé pour permettre d'enlever les drains.

4 mars. — Température axillaire : 39°2.

Le malade est dans un assez grand état d'abattement et surtout en proie à une dyspnée excessive. Il ne se plaint nullement de son genou qu'il peut fléchir et étendre à volonté.

L'auscultation de son poumon droit, nous donne à la base et en arrière, tous les signes d'une congestion.

5 mars. — Température du matin : 38°7 ; du soir : 39°9.

L'état congestif s'est étendu à son poumon gauche.

Le malade ne peut plus parler tant il est abattu et oppressé. Il meurt à 10 heures du soir.

Autopsie. — Elle nous permet de constater que le long boyau sinueux qui s'étendait à la partie interne de la cuisse, a ses parois recollées, et qu'il était complètement formé aux dépens de la gaine du muscle couturier, dans toute sa longueur. Le muscle est extrêmement atrophié, noirâtre, résultat sans doute d'une longue macération dans un liquide de même couleur.

La triple tumeur externe divisée suivant son plus grand axe, n'est recollée qu'à la partie moyenne, où nous voyons de nombreuses brides fibreuses unissant les parois opposées. Celles-ci sont tapissées intérieurement de petites tumeurs mollasses, pédiculées; elles sont uniquement formées de fibrine.

Nous trouvons enfin, détail d'un certain intérêt, un orifice fibreux, arrondi, bien organisé à l'union de la tumeur latérale interne et de la tumeur médiane, et dans lequel se trouvait enchâssé un petit noyau, de consistance calcaire, l'obstruant d'une façon parfaite.

Nous parvenons à le détacher, et alors ainsi se trouve établie une libre communication entre les 2 poches.

La rotule paraît plus blanche que normalement : sa face antérieure est extrêmement rugueuse. L'articulation est intacte.

Poumons. — Congestion généralisée, mais observée particulièrement au poumon droit.

Les autres organes n'offrent rien d'intéressant.

Observation 3

Bulletin de Thérapeutique, 1863, p. 229

Une femme de 73 ans n'ayant eu d'autres maladies que quelques catarrhes bronchiques, consulte en 1857 M. le docteur Truchetet pour une tumeur du genou. Cette femme, d'une grande piété, fait tous les jours 4 kilomètres à pied pour aller entendre les offices : elle se plaint amèrement que depuis quelque temps, elle ne peut plus se mettre à genoux. Il y a trente ans environ, sans cause connue, elle vit apparaître sur le genou gauche une tumeur

indolente qu'on lui dit être une loupe, et à laquelle elle n'attacha aucune importance. Cette tumeur s'accrut très lentement et en 1856, elle avait le volume de la tête d'un fœtus.

Au mois de mars de cette année, elle fit une chute sur le genou, et immédiatement apparut une autre tumeur au dessous de la première. Des accidents inflammatoires se déclarèrent et cédèrent dans la quinzaine à un traitement approprié. Mais, depuis cette époque, la marche devint pénible et la génuflexion douloureuse. En juin 1857 on constate les faits suivants :

Au niveau de la rotule gauche, tumeur du volume d'une tête d'enfant à terme, sans changement de couleur à la peau, à parois d'épaisseur inégale, minces et dépressibles au sommet, d'une dureté cartilagineuse à la base. Immédiatement au dessous et en dedans, séparée de la première par une rainure profonde, deuxième tumeur moins volumineuse, oblongue, à grand diamètre oblique de dehors en dedans, à parois minces sans dureté ; la peau est violacée de couleur lie de vin. Ces deux tumeurs sont fluctuantes, et de plus une pression alternative fait refluer le liquide de l'une dans l'autre.

L'ancienneté de la maladie, le grand âge du sujet semblaient s'opposer à ce que l'on tentât un traitement curatif.

Cédant cependant aux sollicitations de la malade, notre confrère ponctionna le 7 juin avec le trocart explorateur, la tumeur inférieure et donna issue à un liquide couleur chocolat. Les deux tumeurs furent vidées et il put constater facilement que la rotule était couronnée de mamelons très durs, à base large, à sommet saillant, faisant une chaîne continue, occupant la circonférence de la rotule excepté en bas et en dedans, au niveau de la deuxième tumeur. Malgré une compression méthodique, le liquide se reproduisit, et le 3 septembre une nouvelle ponction fut faite. Le 12

août et le 1^{er} septembre 1858 deux autres ponctions donnèrent issue à un liquide de même nature que le premier. Après chacune de ces opérations, aucun accident ne se déclara. Dans l'intervalle après quelques jours de repos, la malade reprenait ses occupations habituelles.

Cinq jours après la dernière ponction, alors que rien d'extraordinaire ne s'était manifesté, la malade roula d'un escalier haut de 4 mètres. Une douleur vive se déclara dans les tumeurs ; la peau devint rouge, chaude et tendue : en même temps, une grande fièvre s'alluma.

Le 10, M. Truchetet craignant qu'une ouverture spontanée n'amena avec l'entrée de l'air dans la plaie des accidents d'une grande cavité, évacua le liquide avec un trocart muni d'une baudruche. C'était du pus mêlé de sang, mais il n'en résulta point de soulagement, et dès le lendemain la petite plaie du trocart laissait suinter un liquide ichoreux et fétide. Fièvre, délire, insomnie, agitation.

Le 12, après avoir pratiqué une ouverture suffisante au moyen du bistouri, M. Truchetet fit une injection d'eau et de teinture d'iode deux fois le jour.

Dès le 14, le pus devint plus crémeux, moins fétide ; les accidents généraux se calmèrent peu à peu les jour suivants.

Une sonde flexible est laissée à demeure dans la plaie pour faciliter l'écoulement et rendre les injections moins douloureuses.

Du 14 septembre au mois de novembre, l'écoulement du pus devient de moins abondant, les cavités se rétrécissent, leur parois s'agglutinent, et le 12 novembre la plaie était fermée.

Ce fait est remarquable, surtout par l'ancienneté de la maladie qui avait tout d'abord éloigné tout espoir de guérison et toute tentative de traitement actif. Il a fallu qu'un accident vint en

quelque sorte forcer la main au chirurgien pour lui faire obtenir une guérison inespérée (Gaz. des hôpitaux, janvier 1863).

Observation 4

(Bulletin de la Société de Chirurgie, 1862).

Séance du 24 décembre.

M. Foucher présente à la Société au nom de M. Leroy, médecin à Villiers, un malade affecté d'une tumeur considérable du genou droit.

« Cette tumeur, dit-il, a débuté il y a dix ans sans cause connue, à moins qu'on n'en rapporte l'origine à un coup que le malade avait reçu sur la jambe quelque temps auparavant.

« Elle se présente aujourd'hui sous la forme de trois tumeurs superposées de haut en bas.

« La tumeur supérieure recouvre la rotule ; elle est arrondie, du volume d'une petite tête de fœtus, sans changement de couleur à la peau, qui est amincie en certains endroits, fluctuante.

« La deuxième tumeur, située au-dessous, et séparée de la précédente par une rainure profonde, est un peu moins volumineuse. Elle offre les mêmes caractères, et il est facile de s'assurer par la pression alternative de ces deux tumeurs que le liquide passe de l'une à l'autre ; de plus, en les comprimant avec une certaine énergie, on sent qu'elles contiennent quelques noyaux solides, assez durs.

« La troisième tumeur, accolée à la précédente, est située au-

devant du tibia et des muscles antérieurs de la jambe. Il y a quatre jours, cette tumeur était assez dure, douloureuse.

« Aujourd'hui elle est plus franchement fluctuante, ne semble pas communiquer avec les précédentes, et n'est apparue que depuis six semaines.

« Le malade ne souffre pas et a pu hier encore faire dix lieues à pied. »

M. Foucher pense que les deux tumeurs supérieures sont un hygroma d'un volume et d'une forme exceptionnels. Le diagnostic n'est pas aussi évident pour la tumeur inférieure : cependant les caractères qu'elle a pris dans les derniers jours permettent de croire qu'elle est de la même nature que les autres. Il se propose de faire une ponction, de vider les poches, et d'exercer une compression méthodique pour rapprocher les parois.

Chassaignac est beaucoup plus partisan de l'injection iodée : pour lui ce sera le meilleur moyen d'éviter la suppuration diffuse.

Nous avons cru intéressant de reproduire cette observation, quoique incomplète, parce qu'il nous a semblé qu'elle ressemblait de tous points aux deux que nous avons déjà citées, et que d'après les commémoratifs, il y a tout lieu de penser que c'était un hygroma hématique de la bourse séreuse prérotulienne.

Observation 5

Bulletin de la société anatomique, janvier-février 1897.

M. Morestin a observé une tumeur hématique lentement développée dans une bourse séreuse, véritable hématocele prérotulienne.

La maladie évoluait depuis douze ans.

L'absence de douleurs et la crainte des chirurgiens avaient pendant cette longue période retenu la pauvre femme qui fait le sujet de cette observation.

Chaque jour elle remettait au lendemain, et les lendemains s'accumulant, la tumeur primitivement toute petite, grossit peu à peu, et devint aussi volumineuse qu'une tête d'adulte. Fatiguée de traîner cette lourde masse, elle s'est enfin décidée à venir à Broussais.

La tumeur remonte jusqu'à mi-cuisse et couvre le tiers supérieur de la jambe. Elle est sphérique, lisse, fluctuante. Elle paraît mobile au devant de la jointure, mais adhère à la peau du côté interne. L'articulation est indemne. La présence d'une collection prérotuliennè, indépendante de toute lésion osseuse ou articulaire, développée lentement sans douleurs, avec un état général excellent, ne permettait guère de songer à autre chose qu'à un hygroma de la bourse séreuse qu'on rencontre normalement dans cette région. La palpation du kyste ne révélait rien de bien particulier. Mais la recherche de la transparence pouvait dans une certaine mesure aider à reconnaître la nature du contenu. Faite, elle a permis de constater qu'il n'y avait nulle part de transparence.

J'étais ainsi conduit, dit M. Morestin, à soupçonner le caractère hématique de ce vieil hygroma. Un autre signe venait à l'appui de ce diagnostic. La malade, en effet, avait remarqué que de temps à autre, quand par exemple elle s'était un peu fatiguée, ou que sa tumeur s'était heurtée à quelque meuble, la poche devenait rapidement plus tendre et plus grosse, et en même temps qu'elle y percevait une sensation de lourdeur et de gêne.

L'extirpation, faite à la cocaïne, a été un peu délicate, car toute la partie profonde du kyste adhérait d'une façon assez intime

à la rotule et au manchon peri-articulaire. Il y avait en outre, entre la peau et le kyste proprement dit, un foyer gros comme le poing rempli d'une bouillie grisâtre, rappelant la purée de marrons.

Bref, après avoir réséqué les téguments en excès, je réunis par première intention, et au bout de quelques jours la malade était guérie.

La poche ouverte, il s'en est écoulé une quantité considérable d'un liquide épais, d'un rouge ocreux grisâtre, que je ne saurais mieux comparer qu'au potage affectionné des Franches-Comtois et désigné sous le nom de *gaudes*.

Toute la surface interne de la cavité était très irrégulière, hérissée de saillies couvertes de détritüs grisâtres. La paroi elle-même était épaisse d'un demi-centimètre, ferme, résistante, donnant la sensation du cuir. MM. Besançon et Fredet, ayant examiné des fragments de cette poche, ont trouvé au-dessous d'une épaisse couche de stratifications fibrineuses, des bourgeons de cellules embryonnaires ayant à leur centre des capillaires de nouvelle formation, et çà et là des petits foyers hémorrhagiques, et l'aspect de leurs préparations rappelle absolument ce qu'on observe sur des coupes pratiquées sur la paroi d'une hématocele vaginale.



CONCLUSIONS

1° Les hygromas les plus volumineux rencontrés jusqu'à ce jour ont toujours été des hygromas hémorrhagiques, reconnaissant comme siège le plus fréquent, la bourse séreuse prérotulienne.

2° Ils ont moins de tendance à la suppuration que beaucoup d'autres d'un volume moindre, fait qui peut trouver en partie son explication dans la présence d'une paroi suffisamment épaisse pour les préserver jusqu'à un certain point des chocs extérieurs.

3° On peut établir une analogie frappante entre les hygromas chroniques hémorrhagiques et les hématoécèles de la séreuse vaginale surtout au sujet de leur étiologie, de leur constitution propre, de leur mode d'évolution et même de leur traitement, celui-ci ne comprenant qu'une légère restriction.

4° Les diverticules nombreux sont le propre des vieux hygromas du genou, en raison sans doute des nombreuses bourses séreuses que l'on trouve dans cette région et qui sont susceptibles de communiquer entre elles à l'état pathologique.

5° Les deux traitements de choix des hygromas chroniques sont l'incision avec drainage et lavages antiseptiques, ou bien la méthode de l'extirpation. Cette dernière doit être employée de préférence, toutes les fois que la poche n'a aucune tendance à la suppuration.

Vu :

Le Président de la Thèse,
TILLAUD

Vu
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VELPEAU. — De la contusion dans tous les organes. Thèse de concours.

BOUCACHARD. — Hygrômas du genou. Thèse 1868.

VERNOIS. — Annales d'hygiène publique, 1862.

PAMARD. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1874.

BAZY. — Courrier médical, 1879.

VELPEAU. — Archives générales de médecine, 1825-1826.

PINEAU. — Etudes sur les épanchements des bourses séreuses 1866.

PONT. — Thèse de Paris 1877.

ROUGÉ. — Thèse de Paris 1877.

HAYEM. — Revue des sciences médicales.

BÉCLARD. — Anatomie générale.

DESCHAMBRES. — Dictionnaire de médecine.

CHASSAIGNAC. — Dictionnaire encyclopédique.

DUPLAY. — Clinique journalière des hôpitaux de Paris.

LE DRAN. — Observations de chirurgie.

FLAUD. — Thèse de Paris 86-87.

FLAVARDIN. — Thèse de Paris 86-87.

GOULON. — Thèse de Paris 86-87.

PERRICHON. — Thèse de Paris 1896.

ROUTIER. — Progrès médical 1877.

RUSO TRAVALL. — Riforma med., n° 218.

BAAZ. — Presse médicale de Vienne (1892).

BIRAZ. — Minu mnd Posspp (1892).

TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique.

MARTIN. — Thèse de Paris 1896.

